



AERO CLUB D'ITALIA

Mod. A1

**DICHIARAZIONE DI ATTIVITA' PER CONVALIDA VISITA MEDICA ATTESTATO VDS
CON APPARECCHI PRIVI E/O PROVVISI DI MOTORE**

ALL'AERO CLUB D'ITALIA - UFFICIO TECNICO

Via Cesare Beccaria, 35/a

00196 ROMA

E-mail infoaeci@aeroclubitalia.it – PEC segreteria.aeci@pec.aeci.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il ___/___/_____, e residente in _____
prov. _____ via _____ cap. _____, tel.
_____ indirizzo E-Mail _____, C.F.
_____ titolare dell'attestato di pilota V.D.S. n. _____ dichiara
di avere svolto regolare attività di volo nel periodo di validità dell'attestato.

Nel caso di attività con apparecchi privi di motore barrare:

solista biposto

Qualora la convalida sia richiesta dopo oltre 1 anno dalla scadenza della visita medica si allega:

Per l'attività con apparecchi provvisti di motore:

- dichiarazione di ripresa voli sottoscritta da una scuola V.D.S/VM certificata, attestante la ripresa dell'attività di volo per ogni tipo di apparecchio per il quale si possiede l'abilitazione e, se posseduta, l'abilitazione biposto oppure copia licenza di volo EASA con abilitazione corrispondente al tipo di apparecchio riportato sull'attestato in corso di validità o scaduto da non oltre un anno.

Per l'attività con apparecchi privi di motore:

- dichiarazione, rilasciata da una scuola VDS/VL certificata, attestante la ripresa dell'attività di volo in monoposto ed eventualmente, se posseduta la qualifica, biposto per ogni tipo di apparecchio.

Qualora la convalida sia richiesta dopo oltre 5 anni dalla scadenza della visita medica occorrerà recarsi presso una scuola VDS per seguire il percorso previsto dal Regolamento didattico VDS corrispondente all'attestato posseduto. I titolari di licenze di volo possono allegarne copia in sostituzione di quanto sopra per rinnovare esclusivamente l'abilitazione corrispondente.

Si allega:

1. certificato di visita medica, in originale o, compilando la apposita sezione sottostante, in copia conforme all'originale, rilasciato ai sensi del D.P.R. 133/2010 da un Istituto Medico Legale

- dell'Aeronautica Militare, da una A.S.L., da un medico militare dell'Aeronautica Militare, da un medico specializzato in medicina dello sport ovvero in medicina aeronautica e spaziale;
2. ricevuta di versamento di € 52,00 sul c.c.p. n.34458000 (oppure tramite banca: IBAN IT 57 C 07601 03200 000034458000), intestato all'Aero Club d'Italia - Via Cesare Beccaria, 35 - 00196 ROMA;

ed a tale scopo il sottoscritto rilascia la seguente

(da compilare solo in caso di invio di documenti non originali, come per l'invio via E-mail)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445)

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità, che il/i documento/i allegato/i in copia a questa dichiarazione e specificatamente sottoelencato/i. (**Barrare**):

- certificato medico;
 - licenza aeronautica EASA/dichiarazione pilota militare allenato ed addestrato;
 - modulo "A2" ripresa volo attestato VDS con apparecchi provvisti di motore;
 - modulo "A3" ripresa volo attestato VDS con apparecchi privi di motore;
 - modulo "A4" check per interruzione rinnovo visita medica oltre 5 anni;
 - modulo "A5" per rinnovo biennale attestato avanzato;
- è/sono conforme/i all'originale in mio possesso, senza modifica od alterazione alcuna.

La presente dichiarazione viene rilasciata dal sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

Allegata copia documento (carta d'identità, passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato) _____ n° _____ in corso validità.

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 dati personali conferiti con la presente liberatoria saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti saranno utilizzati per le finalità strettamente connesse alle attività indicate nella presente liberatoria.

Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dagli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE 2016/679 in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta.

L'attestato VDS con trascritta la nuova visita medica verrà trasmesso via E-mail con firma digitale, nel caso sia necessario l'invio a mezzo posta prioritaria occorre richiederlo appresso specificando il motivo, in assenza di questo non verrà soddisfatta la richiesta. Si precisa inoltre che in caso di smarrimento da parte delle Poste il duplicato verrà rilasciato previo versamento della prevista tariffa di € 26,00:

- Chiedo espressamente l'invio dell'attestato via posta, esonerando l'Ae.C.I. dai rischi di smarrimento da parte di questa, per il seguente motivo: _____

_____, li ____ / ____ / _____ In fede _____